O objawie przeponowym i jego znaczeniu klinicznem.

Napisał

Prof. W. Jaworski.

W r. 1892. ogłosił Litten w *Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 13, interesujące spostrzeżenie na klatce piersiowej pod nazwą objawu przeponowego *(Zwerchfellphänomen)*. Ogłoszenie to nie zwróciło jednak na siebie uwagi; dlatego Litten wystąpił w tej kwestyi z drugim artykułem w bieżącym roku we *Wiener med. Wochenschrift* Nr. 5., obiecując bardzo znaczne korzyści dla dyagnostyki chorób płucnych.

Przez objaw przeponowy rozumie Litten widomą oznakę odlepiania się przepony od ściany klatki piersiowej podczas wdechu a przykładanie się jej napowrót podczas wydechu; oko bowiem dostrzega na dolnych częściach klatki piersiowej przesuwanie się cienistej linii (*schattenartige Linie*) na dół i w górę, wywołane przez ruchy przepony. Cień ten rozpoczyna się na wysokości szóstego przestworu międzyżebrowego i obniża się w postaci linii lub lekkiej bruzdy przecinającej żebra pod kątem ostrym na obszarze kilku przestworów międzyżebrowych a niekiedy aż do łuku żebrowego. Podczas wydechu wznosi się linia przez tę samą przestrzeń do góry. Przy najsilniejszym oddechu przebiega owa bruzda przez 2 do 3 międzyżebrza (około 6 cm.), przy powierzchownych zaś oddechach tylko przez 1—1½. Cho-

ciaż Litten mógł dostrzegać ten objaw w każdej postawie chorego, to poleca on jako najkorzystniejsze położenie następujące: Ułożyć chorego poziomo na grzbiecie z głową niepodniesioną, zwróconą twarzą do okna; obserwować zaś należy dolną część klatki piersiowej w odległości 3—4 kroków pod kątem 45°, zwróciwszy się grzbietem do okna. Najwyższą i najniższą granicę, do której dochodzi ruchoma linia, zaznacza się ołówkiem i tym sposobem otrzyma się granicę płuc podczas wdechu i wydechu bez zastósowania wypuku.

Jeżeli przestrzeń objawu przeponowego jest węższą niż 6 cm., to jest to oznaką zmiany patologicznej płuc; jeżeli zaś ona jest obniżona o 1—2 żeber, sądzi Litten, iż jest rozedma płuc. Jeżeli objawu z jednej strony brakuje a po drugiej występuje, to przypuszcza Litten wypocinę lub odmę opłucnową. Ze zachowania się objawu przeponowego jest w stanie Litten odróżnić wypocinę opłucnową od ropnia podprzeponowego; ocenia on także z niego stopień utrudnienia oddychania, jako też polepszanie się rozedmy płucnej pod wpływem pneumatoterapii a nawet był on w stanie z objawu przeponowego wykazać symulacyę u chorych uskarżających się na przeszkody w oddychaniu. Tyle Litten.

Takie w następstwa kliniczne obfite odkrycie zwróciło mą uwagę zaraz od pojawienia się pierwszego ogłoszenia Littena i od dwóch lat śledziłem objaw przeponowy, skoro miałem przed sobą obnażoną klatkę piersiową. Jednak dostrzeżenie tego objawu po pierwszy raz nie przyszło mi tak łatwo, jakto Litten podaje, że go z łatwością na 5—6 tysiącach chorych dostrzegał. Minęło kilka miesięcy, nim się upewniłem przez wypukiwanie przestrzeni dopełniczej opłucnej, że objaw opisany przez Littena z pewnością dostrzegam. Według mego określenia objawu przeponowego, jest to linia pozioma po dolnych częściach klatki piersiowej przebiegająca, najlepiej w okolicach pachowych dostrzegalna, falisto się poruszająca, przy wdechu od siódmego żebra ku dołowi a za wydechem napowrót od dołu ku górze. Linia ta jest raczej

w a ł e m, aniżeli bruzdą, przebiegającym tak przez międzyżebrza, jak i przez żebra. Zjawisko to sprawia dla mnie u większości osób badanych pewne trudności w uchwyceniu go. U osób, które mają nieco więcej podściółki tłuszczowej tak, że przestwory międzyżebrowe są wypełnione, tego zjawiska ani razu nie dostrzegałem. Jedynie tylko u osób miernie odżywionych z przestworami międzyżebrowymi zapadłymi mogłem je dostrzedz. W postawie stojącej nie udało mi się ani razu widzieć tego objawu. Również nie mogłem go dostrzedz przy mocnem oświetleniu, jak to Litten poleca. Ja mogłem obserwować to zjawisko tylko w ten sposób, że kładłem osoby badane na grzbiet, głową przy oknie a rękami na głowie ułożonymi, sam zaś siadałem obok osoby z twarzą zwróconą do okna i obserwowałem dolną prawą lub lewą stronę klatki piersiowej, polecając choremu robić głębokie wdechy. Wpatrując się w dolną okolicę pachową, dostrzegamy podczas bardzo silnego wdechu, że żebra i międzyżebrza podnoszą się w górę, g d y r ó w n o c z e ś n i e p r z e z ż e b r a i m i ę d z y ż e b r z a p r z e s u w a s i ę k u d o ł o w i l e k k o n a z n a c z o n y, f a l i s t y w a ł; w czasie znów wydechu wraca on do góry, przebiegając obniżające się żebra i międzyżebrza.

Obserwacye robiłem z małemi wyjątkami tylko na mężczyznach a wyniki ich, licząc tylko te, które sobie ponotowałem, były następujące:

Na 105 osób objawu przeponowego

nie okazywało	45	osób
okazywało	60	„
z tych obustronnie . . .	19	„
tylko po stronie lewej .	39	„
tylko po stronie prawej .	2	„

Nadmienić muszę, że w czasie obserwacyi oświetlenie lewej strony klatki piersiowej było korzystniejsze, niż prawej, co mogło wpływać na pominięcie objawu przeponowego po stronie prawej.

Tylko u 7 osób był objaw przeponowy przy zwykłem oddychaniu dostrzegalny; u reszty pojawiał się on dopiero po nasilonem.

U 5 osób z poważnemi zmianami w płucach objawu przeponowego nie dostrzegałem.

Wobec moich wyników objaw przeponowy nawet u osób zdrowych na płuca nie jest objawem stałym i nie przypisywałbym mu takiego klinicznego znaczenia, jak to czyni odkrywca. Należałoby chyba mieć zmysł spostrzegawczy doskonalszy, niż to ma średni obserwator. W każdym jednak razie to zajmujące zjawisko godne jest bliższej uwagi i zajęcia się nim.

W końcu nie zgadzałbym się na tłómaczenie tego zjawiska, jakie podaje Litten, że to przepona odrywa się od opłucnej ściennej. Widzialny wał falisty jest to podniesienie skóry przez dolny brzeg płuca, które przy wdechu wpada w dopełniczą przestrzeń opłucny (*sinus pleuralis*) a podczas wydechu ją opuszcza.

Osobne odbicie z „Przeglądu Lekarskiego“ 1895. Nr. 52.

Kraków, 1895.—Drukarnia Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.